

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026738

申请日期: 2026年8月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	任		女	2022.6.11			湖南省汨罗市	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	急性播散性中脑炎 脊髓炎 (MOG抗体)		广州市妇儿医院	2026.8.1	10万+		/	
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☒ 无	
							新农合(2月)	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 约15万 元			
	父亲	任	37	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车		
病童家庭情况	母亲	任	39	良好		4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由(请详细描述): 患儿任, 现年3岁, 确诊急性播散性中脑炎及脊髓炎(MOG抗体), 在广州妇儿医院PICU治疗, 治疗第18天, 患儿病情反复, 仍需重症监护室留观, 转出后仍需继续康复治疗, 前期已产生高额医疗费用, 因患儿需长期住院, 夫妻二人需轮流在医院陪护, 家庭经济收入大幅缩减, 叠加患儿慢病长期慢阻肺, 冠心病后续复查用药开销, 四个小孩均需抚养, 家庭已无力支撑高额医疗费用, 本人保证上述情况完全真实, 万祈救助, 特此向贵基金会申请公益救助帮扶, 希能解燃眉之急, 感谢! 申请人签名: 任 2026年8月18日 不造感激!								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 急性播散性中脑炎及脊髓炎 (MOG抗体) 2. 中脑性呼吸衰竭 3. 流涎及肌张力异常 治疗费用总计10万 医师签名: 任 2026年8月19日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元 角 分) 负责人签名: 任 2026年8月24日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万五仟元) 负责人签名: 林钧泽 2026年9月21日								



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名: 任 性别: 女 年龄: 4岁3个月
病种: 急性播散性脑脊髓炎 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为任 的治疗费用。

受助人 (监护人): 任

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 邓可

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月22日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：任 性别：女 年龄：4岁 科别：珠-PICU1组 床号： 住院号：

诊断：1. 急性播散性脑脊髓炎(MOG阳性) 2. 中枢性呼吸衰竭 3. 流行性感冒 4. 肺炎

医嘱及建议：患儿于2026.08.01至今在我院PICU(珠)住院治疗。

医师签名： /

日期：2026-08-19 15:59:08

注：1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。



家庭情况说明

兹有患儿任，患脑部疾病，性别女，年龄4岁，是湖南省（区、市）汨罗市（州）一县（区）弼时镇（街道）平华村民小组（居委会），（父亲：任，母亲：陈）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：任 身份证号：

患儿母亲：陈 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026 年 8 月 18 日



